

# COMUNE di QUALIANO



Città Metropolitana di Napoli

## PIANO DI PROTEZIONE CIVILE Aggiornamento del Piano di Emergenza Comunale (Approvato con Deliberazione del C.C. n° 28 del 15/09/2015)

### SCHEDE AUGUSTUS

Allegato 5

Data: 14 Giugno 2021

Il Sindaco  
Dott. Raffaele De Leonardis

Redazione  
UTC Comune di Qualiano  
~~Il Tecnico incaricato~~  
Geom. Antonio Cacciapuoti

*Pianificazione comunale*

Comune di : QUALIANO

**INQUADRAMENTO TERRITORIALE**

COM di appartenenza : |C|O|I|M|I|2|

Distretto sanitario : |6|1|

Popolazione residente totale : |\_24535\_|

Classi età (<15 anni) : |\_\_\_\_\_|

Classi età (15-64 anni) : |\_\_\_\_\_|

Classi età (>64 anni) : |\_\_\_\_\_|

Popolazione massima turistica : |\_\_\_\_\_| (migliaia)

Periodo di massima concentrazione turistica : |\_\_\_\_\_|

Sistemi di allertamento popolazione : |\_A -B - C|

Azienda sanitaria locale : |N|I|A|2|

Enti Gestori servizi essenziali

Servizio Acquedotto : Ente SCPA tel. 3402745299

Servizio Depurazione : Ente GIUGLIANO tel. \_\_\_\_\_

Servizio Elettrico : Ente ENEL tel. 800900800 - 08152541345

Servizio Pubblica illuminazione : Ente SEPTEM APPALTI tel. 0818313471

Servizio Fognatura : Ente COMUNE tel. 0818192297

Servizio Gas metano : Ente NAPOLETANA GAS tel. 800553000

Servizio Telefonico : Ente ENEL tel. 187

Servizio Smaltimento : Ente MULRISERVIZI tel. 0818182437  
Numeri emergenza ed utilità

Nome	telefono	In alternativa al
Guardia medica	0818950022 - 0818193461	
Emergenza sanitaria		118
Carabinieri	0818181635	112
Polizia		113
Vigili del fuoco		115
Corpo forestale delle Stato		1515

**FUNZIONE : SANITA' ASSISTENZA SOCIALE E VETERINARIA**  
**TIPOLOGIA : Ambulatori, Poliambulatori specialistici**

*Pianificazione comunale*

**Comune di : QUALIANO**

**In riferimento alla struttura**

IXI Ambulatorio  Poliambulatorio  
Denominazione : BIODIAGNOSTICA RISPOLI S.R.L.  
Struttura : ICI ASL di appartenenza : NAPOLI/2

Orario in cui è  
garantito il servizio : |B|

N° tel. Reperibilità: 0818182407

Telefono centralino : 0818183985

Fax : 0818196077

Comune : QUALIANO (NA)

Località : VIA G. DI VITTORIO, 161

Indirizzo : PIAZZA ROSSELLI, 31 CAP : 80019

**In riferimento al responsabile della struttura**

Responsabile : ROSA RISPOLI - AMMINISTRATORE  
*Nome Cognome Qualifica*

Telefono : 0818182407 cellulare : 3477196485

Fax : 0818196077 e-mail : labrispoli@libero.it

Provincia : NAPOLI Comune : VILLARICCA

Indirizzo : VIA PRIMAVERA, 142 CAP : 81010

**FUNZIONE : SANITA' ASSISTENZA SOCIALE E VETERINARIA**

**TIPOLOGIA : Ambulatori, Poliambulatori specialistici**

*Pianificazione comunale*

**Comune di : QUALIANO**

**In riferimento alla struttura**

Ambulatorio

Poliambulatorio

Denominazione : **CENTRO DIAGNOSTICO BISIGANO S.N.C.**

Struttura :  ICI      ASL di appartenenza : \_ASL\_NAPOLI/2\_

Orario in cui è

garantito il servizio :  IBI

N° tel. Reperibilità: 0818185055

Telefono centralino :

Fax : 0818185055

Comune : QUALIANO (NA)

Località : QUALIANO

Indirizzo : VIA SANTA MARIA CUBITO, 155      CAP : 80019

**In riferimento al responsabile della struttura**

Responsabile : ELVIRA      PROTA -      DOTTORESSA  
*Nome*                      *Cognome*                      *Qualifica*

Telefono : 0818186313

cellulare : 3492934269

Fax : \_\_\_\_\_

e-mail : \_labrispoli@libero.it

Provincia : NAPOLI

Comune : QUALIANO

Indirizzo : VIA A. DE GASPERI, 12

CAP : 80019

**FUNZIONE : SANITA' ASSISTENZA SOCIALE E VETERINARIA**  
TIPOLOGIA : Farmacie / Depositi farmaceutici

*Pianificazione comunale*

Comune di : QUALIANO

**In riferimento alla struttura**

Farmacia

Deposito farmaceutico

Bacino di utenza

Denominazione : LE PALME

Struttura :

ASL di appartenenza : NA - 2

Orario in cui è

garantito il servizio :

Telefono : 0818198245

Fax :

Comune : QUALIANO

Località : QUALIANO

Indirizzo : VIA SANTA MARIA CUBITO, 18

CAP : 80019

**In riferimento al responsabile della struttura**

Responsabile : ANTONIO MUCCI FARMACISTA

*Nome*

*Cognome*

*Qualifica*

Telefono : 081446156

cellulare : 3484123440

Fax : \_\_\_\_\_

e-mail : mucciant1@mucci.191.it

Provincia : NAPOLI

Comune: NAPOLI

Indirizzo : VIA CARLO PISACANE, 79

CAP : 80145

**In riferimento alla struttura**

Farmacia

Deposito farmaceutico

Bacino di utenza

Denominazione : \_\_\_\_\_

Struttura :

ASL di appartenenza : \_\_\_\_\_

Orario in cui è

garantito il servizio :

Telefono :

Fax :

Comune : \_\_\_\_\_

Località : \_\_\_\_\_

Indirizzo : \_\_\_\_\_

CAP : \_\_\_\_\_

**In riferimento al responsabile della struttura**

Responsabile : \_\_\_\_\_

*Nome*

*Cognome*

*Qualifica*

Telefono : \_\_\_\_\_

cellulare : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_

Provincia : \_\_\_\_\_

Comune : \_\_\_\_\_

Indirizzo : \_\_\_\_\_

CAP : \_\_\_\_\_

**FUNZIONE : SANITA' ASSISTENZA SOCIALE E VETERINARIA**  
**TIPOLOGIA : Farmacie / Depositi farmaceutici**

*Pianificazione comunale*

**Comune di :** QUALIANO

**In riferimento alla struttura**

Farmacia                       Deposito farmaceutico                      Bacino di utenza

Denominazione : FARMACIA SANITAS

Struttura :                       ASL di appartenenza : NA - 2

Orario in cui è

garantito il servizio :

Telefono : 0818188303

Fax : 0818188303

Comune : QUALIANO

Località : QUALIANO

Indirizzo : VIA SANTA MARIA CUBITO, 212

CAP : 80019

**In riferimento al responsabile della struttura**

Responsabile : GIOVANNI VISIONE FARMACISTA  
*Nome                      Cognome                      Qualifica*

Telefono : 0815266767

cellulare : 3477164694

Fax : 0815266767

e-mail : visoneg@farmaciasanitas.191.it

Provincia : NAPOLI

Comune: POZZUOLI

Indirizzo : TRAVERSA PISANO, 2

CAP : 80078

**In riferimento alla struttura**

Farmacia                       Deposito farmaceutico                      Bacino di utenza

Denominazione : \_\_\_\_\_

Struttura :                       ASL di appartenenza : \_\_\_\_\_

Orario in cui è

garantito il servizio :

Telefono : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_

Comune : \_\_\_\_\_

Località : \_\_\_\_\_

Indirizzo : \_\_\_\_\_

CAP : \_\_\_\_\_

**In riferimento al responsabile della struttura**

Responsabile : \_\_\_\_\_  
*Nome                      Cognome                      Qualifica*

Telefono : \_\_\_\_\_

cellulare : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_

Provincia : \_\_\_\_\_

Comune : \_\_\_\_\_

Indirizzo : \_\_\_\_\_

CAP : \_\_\_\_\_

**FUNZIONE : SANITA' ASSISTENZA SOCIALE E VETERINARIA**

**TIPOLOGIA : Farmacie / Depositi farmaceutici**

*Pianificazione comunale*

**Comune di : QUALIANO**

**In riferimento alla struttura**

Farmacia                       Deposito farmaceutico                      Bacino di utenza

Denominazione : FARMACIA NAZZARO

Struttura :                       ASL di appartenenza : NA - 2

Orario in cui è  
garantito il servizio : l8l

Telefono : 0818181653

Comune : QUALIANO

Indirizzo : CORSO CAMPANO, 284

Fax : 0818189337

Località :

CAP : 80019

**In riferimento al responsabile della struttura**

Responsabile : <u>NAZZARO</u>	<u>NICOLA</u>	<u>FARMACISTA TITOLARE</u>
<i>Nome</i>	<i>Cognome</i>	<i>Qualifica</i>

Telefono : 0817423298

Fax : \_\_\_\_\_

Provincia : NAPOLI

Indirizzo : VIA PIAVE, 25

cellulare : \_\_\_\_\_

e-mail : info@farmacianazzaro.it

Comune: MARANO DI NAPOLI

CAP : 80016

**In riferimento alla struttura**

Farmacia                       Deposito farmaceutico                      Bacino di utenza

Denominazione : \_\_\_\_\_

Struttura :                       ASL di appartenenza : \_\_\_\_\_

Orario in cui è  
garantito il servizio :

Telefono :

Comune : \_\_\_\_\_

Indirizzo : \_\_\_\_\_

Fax :

Località : \_\_\_\_\_

CAP : \_\_\_\_\_

**In riferimento al responsabile della struttura**

Responsabile : _____	_____	_____
<i>Nome</i>	<i>Cognome</i>	<i>Qualifica</i>

Telefono : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_

Provincia : \_\_\_\_\_

Indirizzo : \_\_\_\_\_

cellulare : \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_

Comune : \_\_\_\_\_

CAP : \_\_\_\_\_

FUNZIONE : SANITA' ASSISTENZA SOCIALE E VETERINARIA  
TIPOLOGIA : Farmacie / Depositi farmaceutici

Pianificazione comunale

Comune di : QUALIANO

**In riferimento alla struttura**

Farmacia                       Deposito farmaceutico                      Bacino di utenza

Denominazione : FARMACIA DR. PEZZULLO  
Struttura :  IBI                      ASL di appartenenza : NA - 2 DISTRETTO 61  
Orario in cui è garantito il servizio :  IBI  
Telefono : 0818186593                      Fax : 0818186593  
Comune : QUALIANO (NA)                      Località :  
Indirizzo : \_\_\_\_\_                      CAP : 80019

**In riferimento al responsabile della struttura**

Responsabile : PASQUALINO PEZZULLO                      FARMACISTA  
Nome                      Cognome                      Qualifica

Telefono : 0815862967                      cellulare : 3498054975  
Fax : \_\_\_\_\_                      e-mail : farmaciadottpezzullo@virgilio.it  
Provincia : NAPOLI                      Comune : MARANO DI NAPOLI  
Indirizzo : VIA SAN ROCCO, 89/A                      CAP : 80016

**In riferimento alla struttura**

Farmacia                       Deposito farmaceutico                      Bacino di utenza

Denominazione : SANTO STEFANO  
Struttura :  IBI                      ASL di appartenenza : NA - DISTRETTO 61  
Orario in cui è garantito il servizio :  IBI  
Telefono : 081/359 3705                      Fax :  
Comune : QUALIANO                      Località : \_\_\_\_\_  
Indirizzo : VIA AN. A. PALOMBO 25/29                      CAP : \_\_\_\_\_

**In riferimento al responsabile della struttura**

Responsabile : SPERANZA PORCELLI                      FARMACISTA  
Nome                      Cognome                      Qualifica

Telefono : 081 359 3705                      cellulare : 338 2933595  
Fax : \_\_\_\_\_                      e-mail : FARMACIASANTOSTEFANO20@674.c  
Provincia : NA                      Comune : SCISCIANO (NA)  
Indirizzo : VIA FERROVIA, 55                      CAP : 80030